

# Endoscopia y hemorragia digestiva, uso de Esomeprazol

Dr. Felipe Zamarripa Dorsey



## ¿Necesitamos nuevos tratamientos para UP?



- 100 años → "no ácido, no úlcera"
- Tx → Control del ácido
- Helicobacter pylori
- No AINE no H.P.

• Mayo 2020 → Tx



Gustafson J, Welling D. "No Acid, No Ulcer"—100 Years Later: A Review of the History of Peptic Ulcer Disease. J Am Coll Surg. 2010



## ¿Necesitamos nuevos tx para UP?



#### **MANEJO**

- 1900 → Tx Qx → gastrectomía y gastroenterotomía
- 1921 → Vagotomía
- 1943 → Dr. Dragstedt
  - 1.Ácido gástrico → lesión a duodeno, yeyuno y estómago 2. Secreción fondo gástrico:
    - Vagotomía truncal -> eliminaba f. cefálica de la secreción pero no la gástrica
    - Antrectomía → eliminaba la f. gástrica
- ✓ Ambas técnicas quirúrgicas buenos resultados →
- ✓ Tasas de recurrencia del 1.5% en seguimientos a 10.5 años
- ✓ Base para el manejo hasta **1980** aproximadamente

Dragstedt LR. Supradiaphragmatic section of the vagus nerve in treatment of duodenal ulcers. Proc Soc Exp Biol Med 1943



#### Introducción



#### Hemorragia de tubo digestivo alto

 DEFINICIÓN. Toda pérdida de sangre originada en el tracto digestivo superior, entre la región faringoesofágica y el ángulo de Treitz, de una intensidad suficiente como para que se manifieste por hematemesis y/o melena, en algunas ocasiones hematoquecia.

Schiller PR, Truelove SC, Wiliams DG. Haematemesis and melena, with special reference to factors influencing the outcome.

BMJ, 1970; 2:3-14.

Larson DE. Farnell MB. Upper gastrointestinal hemorrhage. Mayo Clin Proc, 1983; 58:371-387



#### Introducción



#### **HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO**



**VARICEAL** 



**NO VARICEAL** 

(HTDANV)

Solis-Galindo FA, Téllez-Hernández A, Salas Pérez S.M. Etiología de la hemorragia de tubo digestivo alto en México: análisis de más de 4000 casos. Revista de Salud Pública y Nutrición 2003; Edición especial 2.



## Introducción: Etiología HTDANV

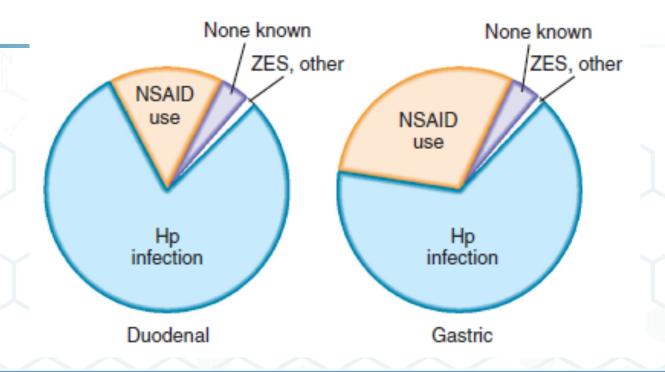


DIAGNÓSTICO	INCIDENCIA (%)
ÚLCERA PÉPTICA	30-50
DESGARRO DE MALLORY -WEISS	15-20
GASTRITIS O DUODENITIS SEVERA	10-15
ESOFAGITIS COMPLICADA	5-10
NEOPLASIAS DIGESTIVAS	1-2
ANGIODISPLASIAS O MALFORMACIONES VASCULARES	5
OTROS	5

Hemorragia de tubo digestivo alto no variceal. Zepeda GS. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 75, Supl. 2, 2010







Efecto combinado

Control del ácido para la cicatrización de la úlcera









#### Introducción: HTDANV



- La úlcera péptica causa más común de HTDA.
- Mortalidad asociada de 5 a 10%
- · Terapia endoscópica estándar es altamente efectiva.
- Tasa de resangrado 8-15%
- Lesiones de alto riesgo, tasa de resangrado de hasta 40%

Laine L. et al. clin. Gastro and Hepatol. 2009
LAU J. et al. Lancet 2013.
Nahon S, Hagège H, Latrive JP, et al. Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'ANGH. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study. Endoscopy 2012;44:998-1008



## HTDANV: Abordaje ENDOSCÓPICO



- MANEJO PREENDOSCÓPICO
- MANEJO ENDOSCÓPICO
- MANEJO POST-ENDOSCÓPICO

Sung JJ, Chan FK, Chen M, et al. Asia-Pacific Working Group consensus on non- variceal upper gastrointestinal bleeding. Gut 2011;60:1170–7



### HTDANV: Abordaje



#### **MANEJO PREENDOSCÓPICO:**

- 1. Evaluación de la vía aérea, estado hemodinámico y reanimación según sea necesario.
  - Reposición de volumen con cristaloides o coloides
  - Transfusión sanguínea con un umbral de hemoglobina de 7 a 8 g/dL.
     Mayor umbral en hemorragia severa con hipotensión o enfermedad cardiovascular aguda.
  - Considerar inhibidores de bomba de protones ESOMEPRAZOL IV u ORAL
  - Considerar procinético

#### 2. Evaluación del riesgo:

- Estadificación del paciente: BAJO O ALTO RIESGO.
- Nivel de cuidados (egreso, hospitalización, UCI)
- Tiempo de la endoscopia

Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2015;4



## HTDANV: Manejo preendoscópico. Abordaje: Evaluación del riesgo.



#### **B** Rockall Score

		Variable	Points
		Age	
		<60 yr	0
		60–79 yr	1
		≥80 yr	2
	Clinical	Shock	
	Rockall	Heart rate >100 beats/min	1
	Score	Systolic blood pressure <100 mm Hg	2
	Score	Coexisting illness	
Complete		Ischemic heart disease, congestive	2
Rockall		heart failure, other major illness	
Score		Renal failure, hepatic failure, metastatic	3
		cancer	
		Endoscopic diagnosis	
		No lesion observed, Mallory-Weiss tear	0
		Peptic ulcer, erosive disease, esophagitis	1
		Cancer of upper GI tract	2
		Endoscopic stigmata of recent hemorrhage	
		Clean base ulcer, flat pigmented spot	0
		Blood in upper GI tract, active bleeding, visible vessel, clot	2
	_		

#### Rockall (0-7)

- Predice mejor mortalidad que resangrado
- Identifica pacientes bajo riesgo
  - <2: ambulatorio</p>



## HTDANV: Manejo preendoscópico. Abordaje: Evaluación del riesgo



Admission risk marker	Score component value	
Blood urea (mmol/L)		
≥6.5 <8.0	2	
≥8.0 <10.0	3	
≥10.0 <25.0	4	
≥25	6	
Haemoglobin (g/L) for men		
≥120 <130	1	
≥100 <120	3	
<10.0	6	
Haemoglobin (g/L) for women		
≥100 <120	1	
<100	6	
Systolic blood pressure (mm Hg)		
100–109	1	
90-99	2	
<90	3	
Other markers		
Pulse ≥100 (per min)	1	
Presentation with melaena	1	
Presentation with syncope	2	
Hepatic disease	2	
Cardiac failure	2	

#### Blatchford (0-23)

- Identifica pacientes con riesgo de resangrado
- Intervención (terapia endoscópica, cirugía, transfusión)
- Muerte

Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. Lancet 2000;356:1318- 21..



### HTDANV: ¿Cuándo realizar la endoscopia?



- Previa estabilización hemodinámica
- En las primeras 24 hrs.
- Endoscopia temprana 12 -24 hrs
- Endoscopia urgente : primeras 12 hrs ( alto riesgo)
  - Glasgow (GBS) igual o mayor de 8
  - · Lavado gástrico con sangre fresca o hematemesis persistente intra-hospitalaria
  - Hipotensión
  - Taquicardia
  - Comorbilidad como cirrosis hepática

#### No reducción de mortalidad, cirugía o resangrado

- Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2015;47:a1-46. 10.1055/s-0034-1393172 pmid:26417980.
- Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. Gut 2018;67:1757-68. 10.1136/gutjnl-2018-316276. pmid:29691276



## HTDANV: Abordaje



MANEJO PREENDOSCÓPICO.

MANEJO ENDOSCÓPICO.

#### MANEJO POSTENDOSCÓPICO.

Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. BMJ 2017;356:i6432.



## HTDANV: Papel de la Endoscopia



- Diagnóstico: sensibilidad 90-95% localización del sitio de hemorragia
- Pronóstico: puede predecir persistencia o recurrencia de la hemorragia
- Tratamiento. Hemostasia
- Seguridad: morbilidad <0.1% (50% cardiopulmonar)</li>

Sostres C, Lanas A. Gastrointest Endosc Clin N Am 2011; 21: 567-581



## HTDANV: Hallazgos endoscópicos-FORREST



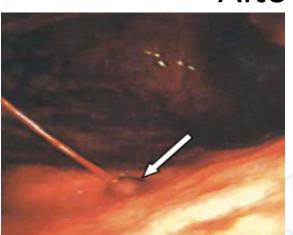
#### Alto riesgo

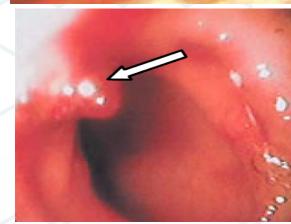
Forrest la

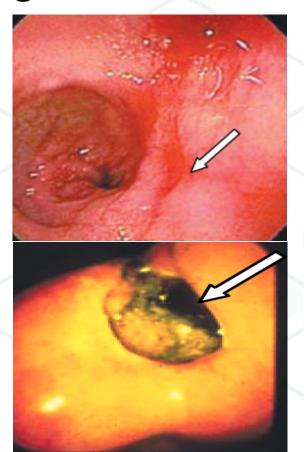
Recurre: 90% Mortalidad: 11%

Forrest IIa

Recurre: 45% Mortalidad 11%







Forrest Ib

Recurre: 25% Mortalidad 11%

Forrest IIb

Recurre: 20% Mortalidad 7%

Gralnek et al. *Managment of Acute Bleeding from a peptic ulcer.* New England Journal of Medicine. Sept 2008.



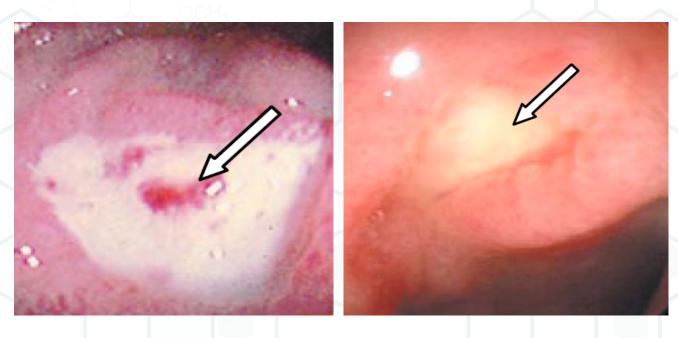
### HTDANV: Hallazgos endoscópicos



Forrest IIc Base con hematina

Recurre: 10% Mortalidad 3%

#### Bajo riesgo



Forrest III
Base con fibrina

Recurre: <5%
Mortalidad 2%

Gralnek et al. <u>Managment of Acute Bleeding from a peptic ulcer.</u> New England Journal of Medicine. Sept 2008.



## HTDANV: Hallazgos endoscópicos susceptibles de terapéutica endoscópica



- Forrest la
- Forrest lb
- Forrest Ila
- Forrest IIb

## • NO REQUIEREN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO: Forrest IIc, III

Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2015;47:a1-46.

Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. Am J Gastroenterol 2012;107:345-60

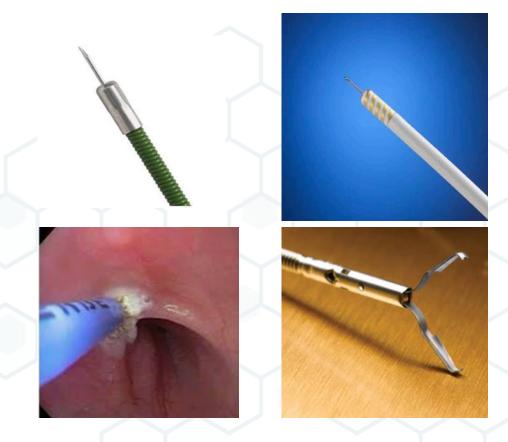


### HTDANV: Terapia Endoscópica



#### Arsenal terapéutico:

- Inyección:
  - -Adrenalina
- Esclerosantes
- Adhesivos.
- Termocoagulación: argón, sonda caliente, gold probe.
- Mecánica:
- Clip hemostático
  - QuickClip2
  - TriClip
  - Resolution-Clip
  - Over the scope-clip (OVESCO)
- Endoloop, Ligadura.



Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2015;47:a1-46. 10.1055/s-0034-1393172 pmid:26417980. Kovacs T y Jensen D. Gastrointest Endosc Clin N Am 2011; 21: 681-96.



## HTDANV: Terapia endoscópica



#### Riesgo de falla post-endoscopia

- 1. Úlcera previa
- 2. Choque inicial
- 3. Forrest la o lb
- 4. Úlcera >2cm
- 5. Vaso visible >2 mm
- 6. Localización curvatura menor o pared posterior bulbo duodenal

Gralnek et al. *Managment of Acute Bleeding from a peptic ulcer.* New England Journal of Medicine. Sept 2008.



## HTDANV: Terapia endoscópica



Tasa de complicación después de tratamiento endoscópico:
 0.8%

 Menor tasa de complicación con inyección de adrenalina y hemoclip.

 Terapia combinada: adrenalina más termocoagulación e inyección dual o retratamiento con sonda caliente se han relacionado a perforación

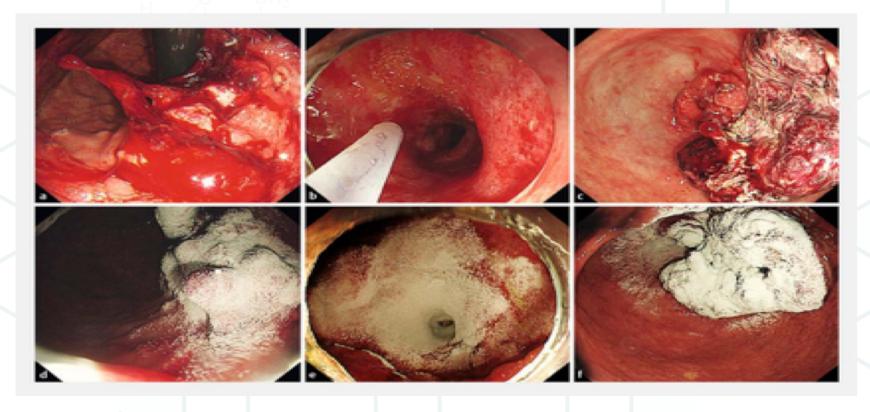
Kovacs T y Jensen D. Gastrointest Endosc Clin N Am 2011; 21: 681-96.



## Hemorragia no Variceal: ¿Nuevos accesorios, mismos resultados?



#### MANEJO ENDOSCÓPICO: Hemospray



Kim Yeong Jin et al. Hemostatic powder application for control of acute upper gastrointestinal bleeding in patients with gastric malignancy .Endoscopy International Open 2018; 06: E700–E705



## ESOMEPRAZOL EN SANGRADO POR UP



- Esomeprazol es uno de los IBP aceptados por vía IV para pacientes con sangrado por UP y en resangrado posterior a terapia endoscópica
- Está aprobado en más de 100 países del mundo
- Forma de administrarse en este grupo de pacientes es en infusión 80 mg a una dosis de 8 mg/hr
- Si las condiciones del paciente así lo permiten se puede dar 40 mg diarios por un tiempo de 30 días
- Múltiples estudios validan su eficacia y más si los comparamos con bloqueadores H2

Adv Ther. 2015 Nov;32(11):1160-76. doi: 10.1007/s12325-015-0265-6. Epub 2015 Nov 18.



### ESOMEPRAZOL EN SANGRADO POR UP



- Estudio donde se señala de la utilidad del esomeperazol en pacientes con alto riesgo (AR) o bajo riesgo (BR) de re-sangrado por UP
- 935 pacientes de 12 centros españoles, de estos en el 58.3% presentaban alto riesgo y 41.7% bajo riesgo
- Alto riesgo y que fueron sometidos a terapia endoscópica fueron aquellos con Forrest (la-IIb) y bajo riesgo (IIc-III)
- A todos se les inició Esomeprazol 160 mg IV
- Riesgo de re-sangrado: AR 9.4% y 2.1% BR. Cirugía: 3.5% y 2.8%
- Mortalidad : 3.3% AR y 2.3% BR
- En pacientes con AR tienen mayor posibilidad de re-sangrado pero no hay impacto en la mortalidad
- Todo paciente con UP deberá de iniciar con IBP por vía IV o en forma oral

Scand J Gastroenterol. 2014 Oct;49(10):1181-90. doi: 10.3109/00365521.2014.950694. Epub 2014 Aug 21.



## ESOMEPRAZOL en la prevención de re-sangrado por UPO

- Estudio comparando altas dosis de IBP IV vs. oral en pacientes con hemorragia por UP sometidos previamente a terapia endoscópica
- Estudio de un solo centro, aleatorizado y doble ciego, comparando 80 mg IV/8 mg hora vs. placebo o placebo vs. Esomeprazol 40 mg c/12hr
- Seguimiento a 30 días analizando el re-sangrado en estos pacientes
- 118 pacientes del grupo de IV y 132 del grupo OIBP. Los grupos fueron muy similares de acuerdo a la clasificación de Forrest
- Resultados: no existió diferencia en re- sangrado (7.7% vs. 6.4%) ni en tiempo de estancia hospitalaria

Am J Gastroenterol. 2014 Jul;109(7):1005-10. doi: 10.1038/ajg.2014.105. Epub 2014 Apr 29.



## **COVID 19- HEMORRAGIA DIGESTIVA**



- En nuestros actuales tiempos el COVID- 19 es el mayor reto al que nos estamos enfrentando
- Síntomas digestivos: náusea, vómito, alteraciones del gusto y diarrea, afecta al hígado como una respuesta sistémica
- Alteraciones en la coagulación y posibilidad de úlceras digestivas
- Endoscopia en paciente COVID-19 se considera de alto riesgo
- 6 pacientes con hemorragia digestiva sin descompensación hemodinámica, se obvió la endoscopia y se inició infusión IV con esomeprazol por 48-72 horas. Resultado: resolución de la HTDA sin necesidad de estudio endoscópico

Humanitas, Clinical and Research Center, Milan, Marzo 2020





## GRACIAS

